



CERTIFICADO MEDICO

Este certificado médico debe ser renovado cada año escolar y completado por el pediatra del niño (a). De contestar afirmativo en algunos de los “Items” presentados por favor explique en el reglón que se indica.

Información del niño (a)					
Nombre del menor:	Edad:	Sexo:	Fecha de nacimiento:		
		____ M ____ F	____ / ____ / ____ MM DD YY		
Examen Físico					
Estatura	Peso	Bp	Pulso	Visión	Audición
Explicación (Si aplica):					
Forma de Desarrollo					
Favor marque con una X	Normal	Anormal	Favor marque con una X	Normal	Anormal
Crecimiento			Neurocomportamiento		
Piel			Manos		
Dientes			Gateo		
Sistema Cardiopulmonar			Cabeza		
Explique:					
Historial Médico					
Favor marcar con una (X) cualquier enfermedad, padecimiento o condición (pasado o presente)					
	Asma		Diabetes		Convulsiones
	Hígado		Vista		Pulmones
	Varicela		Autismo		Hemofilia
	Sarampión		Piel		Síndrome Down
	Paperas		Desmayos		Distrofias
	Tos Ferina		Fiebres Altas		Cáncer
	Nariz		Oídos		Apendicitis
	Dentadura Postiza		ADHD		VIH
					Alta Presión
					Hernia
Explique:					



Información Médica Por favor conteste las siguientes preguntas a continuación	Si	No
¿Tiene conocimiento de alguna condición de salud existencial?		
¿Está bajo tratamiento médico o toma algún medicamento? ¿Cuál?		
¿Posee alguna condición que requiera algún cuidado especial, medicamentos o dietas?		
¿Ha tenido alguna lesión o cirugía, enfermedad, accidente, alergia o cambio en el estado de salud desde su última evaluación médica?		
¿Posee alguna condición que limite la participación del niño (a) en actividades deportivas, caminatas, deportes, natación, tomar sol, etc.?		
¿Ingiera medicamentos para ser suministrados en el centro o utiliza un equipo ortopédico o especial?		
¿Sigue una dieta especial? ¿Cuál?		
¿Es alérgico (a) a alguna comida o medicamento? ¿Cuál (es)?		
Explique:		

Mediante mi firma hago constar que este documento ha sido completado por mi persona y desempeño mi profesión con la autoridad que me confiere las leyes del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

Nombre del pediatra: _____

Firma: _____

Número de Licencia: _____

Teléfono: (____) _____

Dirección: _____

Fecha: ____/____/____
Día Mes Año

SELLO MEDICO